

Série 1 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 704.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX
DU MEMBRE INFÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH-H. TERMES

Né à Mouans-Sartoux (Alpes-Maritimes), le 31 Janvier 1857



LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

—
Juillet 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX
DU MEMBRE INFÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH-H. TERMES

Né à Mouans-Sartoux (Alpes-Maritimes), le 31 Janvier 1857



LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

—
Juillet 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET Doyen.
GAYET Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Clinique médicale	{	MM. LÉPINE.
Clinique chirurgicale		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générale		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER (RAYMOND).
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET,	agrégé.
Accouchements	POULLET,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT.			

M. ETIÉVANT, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON, Assesseur; MM. GANGOLPHE et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

INTRODUCTION

Eloigné de mes premiers maîtres par des raisons indépendantes de ma volonté, j'ai profité de mon voisinage avec Bordeaux pour parcourir les différents services hospitaliers de cette ville. Je me suis attaché particulièrement à l'hôpital Saint-André, l'Hôtel-Dieu bordelais, où le service de M. le professeur Lanelongue m'a spécialement attiré. Parmi les questions qui ont fixé à un haut degré mon attention, se

trouve celle des anévrysmes artério-veineux du membre inférieur. Grâce à la bienveillance de M. le professeur Lanelongue, bienveillance que j'ai su apprécier et pour laquelle je le prie de daigner accepter mes sincères remerciements, j'ai été à même de suivre de près cette question, d'en étudier les péripéties et de voir l'utilité que l'on peut retirer d'un traitement raisonné et en même temps énergique. Puisse ce modeste travail être de quelque utilité en ouvrant une voie à ce chapitre encore nouveau et pourtant si intéressant.

J'ai désiré que mon essai eût la sanction de mes anciens maîtres, de tous ceux qui, depuis le premier jour, m'ont guidé dans mes études, voulant par là leur montrer que la gratitude que j'ai toujours eue pour eux n'a point diminué avec le temps et l'éloignement. Je m'adresse plus particulièrement à M. le professeur Poncet ; qu'il me permette de le remercier bien sincèrement de n'avoir point oublié son ancien élève et de vouloir bien lui faire l'honneur de présider sa thèse.

C'est avec plaisir que j'acquitte une dette de reconnaissance envers M. Ch. Faguet, interne des hôpitaux de Bordeaux. C'est à lui que je dois les observations les plus intéressantes de mon travail ; si mon essai peut avoir quelque attrait, c'est assurément à ses observations inédites qu'il le devra.

Nous diviserons les quelques considérations présentées dans ce travail en différents chapitres :

- 1° *Historique.*
 - 2° *Etiologie. — Variétés.*
 - 3° *Anatomie pathologique.*
 - 4° *Symptomatologie.*
 - 5° *Marche. — Complications.*
 - 6° *Diagnostic.*
 - 7° *Tratement.*
 - 8° *Conclusions.*
-

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'anévrysme artério-veineux n'a été découvert que dans la seconde moitié du siècle dernier. Cette découverte si tardive surprend un peu quand on songe que la saignée, la cause la plus fréquente de l'anévrysme artério-veineux, était pratiquée tous les jours par des gens ignorants des notions les plus élémentaires de l'anatomie. Bien des coups de lancette maladroits ou malheureux avaient dû cependant blesser à la fois l'artère et la veine ; mais la maladie avait passé inaperçue, ou, si elle avait attiré l'attention, elle avait été prise pour un anévrysme simple.

On a dit qu'Ambroise Paré, André de la Croix et Fabrice de Hilden avaient décrit l'anévrysme artérioveineux ; mais il suffit de se reporter à leur description pour s'assurer que c'est là une erreur. Ils citent bien des cas d'anévrysmes à la suite de la saignée, et leur description montre qu'ils ont eu affaire à des anévrysmes artérioveineux, mais elle montre aussi qu'ils les avaient confondus avec les anévrysmes ordinaires.

Sennert, à qui quelques auteurs ont attribué la gloire d'avoir le premier découvert l'anévrysme artérioveineux, ne l'avait pas mieux connu. Il a décrit des signes que nous savons aujourd'hui appartenir à cette affection ; mais il n'avait pas soupçonné la disposition spéciale de la lésion dont ils dépendaient ; c'étaient pour lui des signes nouveaux de l'anévrysme ordinaire, et c'est sous cette dénomination qu'il a décrit ce frémissement que nous appelons aujourd'hui le *thrill* ; il le comparait au bruit et au mouvement de l'eau en ébullition. « Le *sibilus* que perçoit l'oreille et que le doigt relève également » (1) n'est encore pour lui qu'un signe de plus à ajouter à ceux qu'on connaissait déjà de l'anévrysme ordinaire.

C'est William Hunter, frère aîné du célèbre John Hunter, qui donna le premier, en 1757, une observation d'anévrysme artérioveineux qu'il avait diagnostiqué chez le vivant. En 1762, il publia une seconde observation en même temps qu'il présentait le malade à la Société de médecine de Londres. Se fondant alors sur les deux observations qu'il avait étudiées, il rédigea

(1) *Opera omnia*, t. V, p. 841. Lugduni, 1636.

une description complète de la maladie et la publia la même année (1762).

A une date assez rapprochée, mais cependant postérieure, un Italien, Guattani, découvre de son côté l'anévrysme artério-veineux et en trace les symptômes de main de maître. Connaissait-il les travaux de Hunter ou bien les ignorait-il, comme le prétend son compatriote Scarpa ? La question semble difficile à trancher ; elle ne présente du reste pour nous qu'un bien médiocre intérêt.

Des observations nouvelles ne tardèrent pas à être publiées : Delacombe fit connaître un cas d'anévrysme variqueux spontané de l'artère et de la veine fémorales dont il avait pu faire l'autopsie, la première communication artério-veineuse qu'on connaisse (1). En 1869, Cleghorn, de Dublin, écrit une bonne monographie sur la maladie à laquelle il donne le nom de *varice anévrysmale* (2).

Dès lors, la maladie est bien connue, au moins dans sa symptomatologie la plus habituelle. Des points de détail sont encore à étudier et ils fournissent le sujet de plusieurs thèses, parmi lesquelles il faut citer celle de Morvan (3) (1847), inspirée par Nélaton, celles de Goupil (1855) (4), et de Henry (1856) (5).

En 1865 et 1866, MM. Richet et Léon Le Fort

(1) DELACOMBE, *Journal de Vandermonde*, t. XVII, p. 267.

(2) CLEGHORN, *Med. obs. and Inquiries*, t. III., page 110.

(3) MORVAN, *de l'Anévrysme variqueux*. Th. Paris, 1847.

(4) GOUPIL, *de l'Anévrysme artério-veineux spontané de l'aorte et de la veine supérieure*. Th. Paris, 1855.

(5) HENRY, *Considérations sur l'Anévrysme artério-veineux*. Thèse de Paris, 1856.

établissent dans les articles de nos deux dictionnaires l'état des connaissances sur la question à cette époque.

L'étude de l'anévrysme artério-veineux aurait été presque terminée si le pronostic et le traitement avaient été fixés d'une façon définitive. Mais la multiplicité des traitements employés fournissait encore matière à discussion quand l'avènement de l'antisepsie vint transformer le traitement de l'anévrysme artério-veineux, comme il a transformé le traitement de tant d'autres maladies, remettant bien souvent en honneur des méthodes abandonnées.

M. Delbet, dans une thèse remarquable (1), où il a soumis à une critique judicieuse toutes les observations connues, a longuement étudié la marche, le pronostic et le traitement de l'anévrysme artério-veineux. C'est à son travail que doivent recourir ceux qui veulent connaître ces chapitres de l'histoire de l'anévrysme artério-veineux.

(1) P. DELBET, *Pronostic et Traitement des anévrysmes artério-veineux externes*. Th. Paris, 1889.

.....

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE. — VARIÉTÉS

Les anévrysmes artério-veineux constituent une affection assez rare pour que, dans un grand service d'hôpital, il se passe quelquefois des années sans qu'un seul cas se présente. Cette absence habituelle d'anévrysmes artério-veineux des salles d'hôpital ne doit pas trop nous étonner, car M. Delbet qui a réuni dans sa thèse tous les cas connus d'anévrysmes artério-veineux externes n'a pu rassembler que 248 faits. Depuis la publication du travail de M. Delbet les cas ont continué à être assez rares pour que nous n'ayons pu en trouver que trois nouveaux : ceux de MM. Reclus,

Monnod et Faguet, ce qui porte le total des faits connus à 251 cas (1), plus un cas rapporté par M. Vallas (2).

A ce nombre, nous ajouterons deux observations inédites, soit un total de 254 cas.

Dans ce nombre, les anévrysmes artério-veineux du membre supérieur entrent pour une large part, on trouve en effet :

Membre supérieur	110 cas.
Membre inférieur	92 cas.

Cette statistique ne donne certainement pas la totalité des cas observés : les anévrysmes artério-veineux du membre supérieur plus connus et moins graves n'ont probablement pas été tous publiés, tandis que presque tous ceux du membre inférieur ont été relatés. C'est là une cause d'erreur à laquelle il faut penser pour apprécier la fréquence relative des anévrysmes artério-veineux du membre inférieur et de ceux du membre supérieur.

La communication entre une artère et une veine s'établit de deux façons :

- 1° par traumatisme ;
- 2° spontanément.

L'existence de l'anévrysme artério-veineux spontané n'a été admise qu'assez lentement. Marjolin (2) dans son article du *Dictionnaire en trente volumes* n'en

(1) RECLUS, *Sem. méd.*, 1890, p. 189. — MONOD, Soc. de chir., 22 juillet 1891, *in. Revue de chir.* — FAGUET, Soc. d'anatomie et de phys. de Bordeaux, 8 fév. 1892.

(2) *Lyon médical*, 1886.

(3) MARJOLIN, *Dict. en 30 vol.*, t. III, p. 87.

parlait qu'avec doute, et Roux (1) faisait des réserves sur sa réalité.

Aujourd'hui, l'anévrysme artério-veineux spontané est admis sans conteste. Thurmann, en Angleterre, en avait publié plusieurs cas dès 1841 (2); Goupil, en 1855 (3), cite quelques faits nouveaux et depuis cette époque quelques observations nouvelles ont été publiées.

C'est surtout sur les gros vaisseaux intra-thoraciques que les anévrysmes artério-veineux spontanés ont été constatés; au membre inférieur ils sont plus rares : on a cependant pu en réunir cinq observations : une de Delacombe (4) particulièrement intéressante parce qu'elle contient la première autopsie d'anévrysme artério-veineux, et quatre autres qui appartiennent à Perry, Porter, Boling, Scriba (5).

L'anévrysme artério-veineux spontané peut se produire de deux manières, soit par la rupture d'une plaque d'athérome, fait bien exceptionnel, soit par ouverture d'un anévrysme artériel dans une veine.

Dans la grande majorité des cas, l'anévrysme artério-veineux est d'origine *traumatique*. La cause qui le produit le plus fréquemment au membre supérieur, la saignée malheureuse n'existe pas pour le membre

(1) ROUX, Communicat. à l'Acad. de méd., 26 nov. 1850.

(2) THURMANN, *Med. chir. transact, London*, t. XXIII, en partie traduit dans *Archiv. méd.*, juin 1841.

(3) GOUPIL, *De l'Anévrys. arter.-vein. spontané de l'aorte et de la veine cave sup.* Thèse Paris, 1855.

(4) DELACOMBE, *Journal de Médecine de Vandermonde*, 1862, t. XVII.

(5) PERRY, *Méd. chirurg. Transact.*, t. XX, p. 112, 1837. — PORTER, *Cyclopæd. of anat. and phys.*, t. 1, p. 242. — BOLING, *North Ann. méd. chir. rev.* — SCRIBA, *Deutsch Zeitchf.-chirurgie*, 1785, t. XXII.

inférieur. Ce sont des coups d'épée, de pointe de sabre ou de couteau qui déterminent le plus habituellement la formation d'anévrysmes artério-veineux.

On comprend que tout autre instrument acéré peut également le produire. La simple contusion a même été, dans quelques cas, seule incriminée.

Les coups d'armes à feu peuvent causer, eux aussi, des anévrysmes artério-veineux. Leur action a été spécialement étudiée par M. Hiard (1) qui a rassemblé dans sa thèse tous les cas d'anévrysmes artério-veineux par coups d'armes à feu. Ces faits sont assez peu nombreux. Dans les statistiques publiées par le Dr Chenu, l'une après la guerre d'Orient, comprenant un relevé de trente-quatre mille trois cent six blessés, l'autre après la guerre d'Italie, comprenant trente-sept mille sept cent soixante sept blessés, il n'est pas fait mention d'un seul cas. Il est vrai que des cas ont pu passer inaperçus et que parfois l'affection a pu n'apparaître que plus tard, comme dans le fait de Legouest : le malade ne s'aperçut de sa lésion qu'après être sorti de l'ambulance et avoir repris son service (2). Le silence de cette statistique est cependant instructif.

De même, dans la Guerre de sécession, sur deux cent trente cinq mille blessés, on n'en trouva pas un seul atteint d'anévrysme artério-veineux ; en revanche on rencontre quelques cas d'anévrysmes artériels (3).

Gosselin, dans ses cliniques sur les plaies par armes à feu, note la rareté des lésions artérielles.

(1) C. HIARD, *Essai sur l'anévrysme artério-veineux*. Th. Paris, 1875.

(2) LEGOUEST, Soc. de Chir. Décembre 1869.

(3) *Medical and Surgical History of the War of the rebellion*.

Dupuytren avait déjà dit dans ses mémoires sur les anévrysmes qui compliquent les fractures par armes à feu : « J'espérais trouver dans les auteurs qui ont écrit sur les plaies par armes à feu quelques exemples produits par cette cause spéciale, mais je n'ai pas été heureux. On n'en trouve même pas dans les mémoires que publie l'illustre Percy ».

Ce qui explique cette rareté de l'anévrysme artério-veineux par coup d'armes à feu, c'est la facilité remarquable avec laquelle l'artère fuit devant le projectile. Les veines, plus superficielles, sont plus souvent atteintes, comme en font foi les mêmes statistiques qui mentionnent un assez grand nombre de plaies des veines.

Mode d'action du projectile. — Les grains de plomb produisent plus souvent l'anévrysme artério-veineux que les balles. Ils agissent soit par déchirure, soit par perforation. La balle animée d'une grande vitesse coupe net le vaisseau. Si sa vitesse est moindre, les parois des vaisseaux atteints sont déchiquetées et plus ou moins broyées. Péan, après des expériences multiples faites avec des balles de différentes formes, a vu que la conformation du projectile n'avait aucune influence sur la lésion produite. Quand la balle n'ouvre pas le vaisseau qu'elle atteint, elle agit comme corps contondant, détermine une eschare qui, à sa chute au bout d'une période qui varie de quatre à quinze jours, produit la formation de l'anévrysme artério-veineux. Cette escarre est bien due à la contusion et non à la brûlure directe par la balle, comme quelques auteurs l'avaient autrefois pensé.

Mode d'action de l'instrument tranchant. — Quand l'anévrysme artério-veineux est dû à un instrument tranchant, la lésion a pu être produite de différentes façons.

Dans quelques cas, l'instrument tranchant passe entre la veine et l'artère et ne fait qu'une seule ouverture à chacun des vaisseaux ; plus souvent, et c'est ce qui arrive à la suite de la saignée, la veine est percée de part en part et l'artère n'a qu'une seule ouverture. Dans des cas plus rares, l'artère est également traversée, il y a alors quatre ouvertures. Quelquefois, l'artère est traversée de part en part et il n'y a qu'une seule ouverture à la veine. Enfin, une veine profonde peut être intéressée en même temps que la veine superficielle et l'artère, on peut alors constater l'existence de cinq ou six ouvertures.

Variétés. — Nous avons insisté sur les différentes espèces de plaies qui peuvent donner lieu à l'anévrysme variqueux ; rappelons que ces solutions de continuité peuvent se cicatriser entièrement ou partiellement. Si les plaies veineuses se forment, on a affaire à un anévrysme traumatique ordinaire ; mais si la plaie de la veine reste béante, on peut observer différents phénomènes :

1^o Les deux ouvertures vasculaires se correspondent exactement, les bords se soudent, il n'y a qu'un seul orifice qui fait communiquer la veine avec l'artère ; il n'y a pas de sac anévrysmal, mais le sang passe de l'artère dans la veine, c'est la phlébartérie simple de Broca, la varice anévrysmale ;

2^o La veine se dilate en ampoule et peut atteindre

un volume considérable ; cette poche est pourvue de trois orifices, deux qui correspondent aux bouts inférieurs et supérieurs de la veine, le troisième à l'artère : anévrysme variqueux par dilatation ;

3° La veine et l'artère sont séparées par un espace plus ou moins considérable, il se forme un trajet d'abord irrégulier mais que ne tarde pas à circoncrire une membrane de nouvelle formation insérée d'une part sur l'ouverture veineuse, d'autre part sur l'ouverture artérielle. Il se forme donc là un sac qui communique avec les deux vaisseaux et constitue une véritable tumeur anévrysmale : anévrysme variqueux enkysté intermédiaire ;

4° Il existe deux ouvertures à l'artère et une seule à la veine. Cette forme a été décrite par Rodrigue (*Journal L'Expérience*, 1840). L'ouverture veineuse et l'ouverture profonde de l'artère se confondirent en un orifice unique comme dans la varice anévrysmale ; l'ouverture de l'artère resta béante et il en résulta une tumeur tout à fait analogue à celle qu'on observe dans les anévrysmes artériels : Anévrysmes variqueux enkysté artériel ;

5° L'anévrysme communiqué par Aug. Bérard à la Société de chirurgie en 1843 (1) est tout à fait l'inverse du précédent. L'artère et la veine blessées communiquaient directement l'une avec l'autre, mais la plaie superficielle de la veine ne s'était pas cicatrisée de sorte que le sang s'était épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané et formait là un sac anévrysmal qui ne

(1) A. BÉRARD, *Arch. gén. de Médecine*, 1845.

communiquait avec l'artère que par l'intermédiaire de la veine : Anévrysme variqueux enkysté veineux.

A côté de ces différentes variétés qui sont les formes classiques, il existe quelques cas particuliers qui ne peuvent rentrer dans aucune de ces catégories, ainsi le fait de Larrey et celui de Terrier (1). Larrey a rencontré une cavité kystique du jarret où s'ouvraient le bout central de l'artère et de la veine poplitée, ainsi que le bout périphérique de l'artère, le bout périphérique de la veine était oblitéré; les artères articulaires naissaient du kyste lui-même d'où le sang apporté par la poplitée sortait en deux colonnes, l'une qui descendait vers le pied, l'autre qui remontait vers le cœur par la veine poplitée.

M. Terrier a décrit une poche artério-veineuse de laquelle émergent à la partie intérieure une artériole et une veinule.

(1) TERRIER, *Revue de Chirurgie*, janvier 1890.

.....

.....

CHAPITRE III

.....

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce chapitre ne nous retiendra pas longtemps, car nous n'aurions sur la plupart des points rien à dire qu'on ne trouve dans tous les traités classiques.

Nous avons vu que sur un total de 248 cas d'anévrysmes antéro-veineux externes rassemblés par M. Delbet dans sa thèse, 90 cas se rapportent au membre inférieur; mais les différentes artères du membre inférieur ne sont pas toutes atteintes avec la

même fréquence. Dans les 90 cas cités par Delbet, on trouve :

Fémorale commune	58 fois
— profonde	2 —
Poplitée	22 —
Tibiale postérieure.	3 —
Malléolaire interne.	1 —
Pédieuse	1 —

Les trois autres cas se rapportent à des anévrysmes artério-veineux développés dans des moignons.

Les cas nouveaux que nous apportons ont intéressé :

La péronière.	1 fois (1)
La tibiale postérieure.	3 — (2)
La fémorale commune.	3 — (3) (4)

C'est donc au membre inférieur, la fémorale et la poplitée qui sont de beaucoup les plus souvent atteintes.

Sac. — Le sac de l'anévrysme artério-veineux est tantôt formé par les parois des vaisseaux, tantôt il est de formation nouvelle. Dans le premier cas il ne renferme pas de caillots, dans le second il se développe autour de caillots qu'il enkyste. Ces caillots pourront se solidifier et transformer l'anévrysme artério-veineux en anévrysme artériel, comme Nélaton en a le premier signalé un cas. Le sang contenu dans le sac est du sang rouge artériel qui, soumis à une pression plus

(1) Ch. FAGUET, Soc. anat. et phys. de Bordeaux, 8 février 1892.

(2) MONOD, Soc. de chir., juillet 1891. — NICOLAYSEN et MAYAL, *in* Th. de Vèzes, Paris, 1890.

(3) Ch. FAGUET, Observations inédites.

(4) VALLAS, *Lyon-Médical*, 1886.

forte que celle du sang veineux, se rend de l'artère à la veine.

L'absence habituelle de caillots séro-fibrineux dans le sac est aussi à signaler, car elle rend compte de la difficulté de la guérison spontanée.

Le volume de l'anévrysme artério-veineux est en général moindre que celui de l'anévrysme artériel; quelquefois cependant il peut acquérir des dimensions considérables, et on en a rencontré qui présentaient le volume d'une tête de fœtus à terme.

ALTÉRATIONS DES VAISSEAUX. — *Artères.* — Au-dessus du sac, l'artère est toujours bien plus volumineuse qu'à l'état normal, et de plus elle devient flexueuse. Quelquefois, la dilatation de l'artère est excessive, comme dans cette pièce d'anévrysme artério-veineux du pli du coude que Broca présenta à la Société de chirurgie : l'humérale avait le calibre de l'aorte abdominale. Au-dessous du sac, l'artère reprend un volume presque normal. Cette dilatation de l'artère coïncide avec un amincissement de ses parois et partant une moindre résistance.

Veines. — Les veines se dilatent aussi; mais, contrairement à ce qui se passe pour les artères, leurs parois s'épaississent, elles prennent l'aspect des parois artérielles, dont elles ont la rigidité.

Cette hypertrophie des parois veineuses est probablement due à la vascularisation exagérée des *vasa vasorum* dont les branches veineuses elles mêmes sont remplies de sang artériel. Au contact de ce sang rouge, les éléments se multiplient, les tuniques s'épaississent. Cet épaississement, dit Quénu, n'est pas le fait d'une

phlébite banale; il y a manifestement hypertrophie de la couche musculaire.

Les altérations du membre, consécutives à la présence de l'anévrysme artério-veineuse, sont parfois très importantes ; elles seront décrites plus loin.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les anévrysmes artério-veineux du membre inférieur ne présentent presque rien qui leur soit spécial : ils ont les symptômes communs à toutes les tumeurs de cette nature, aussi les exposerons-nous très brièvement.

Le *début* est très variable, mais le plus souvent il est insidieux à cause de la situation profonde des artères surtout à la jambe et de la marche lente de la tumeur. Il en est ainsi non seulement dans les anévrysmes artério-veineux spontanés mais aussi dans ceux qui sont d'origine traumatique car on sait que

lorsqu'une plaie doit donner lieu à un anévrysme artérioveineux, celui-ci ne se montre pas immédiatement. La compression employée pour arrêter l'hémorragie est bientôt suivie de la cicatrisation de la plaie des téguments et de la plaie superficielle de la veine, et le malade se croit guéri ; mais la plaie profonde de l'artère et celle de la veine restent béantes ou ne se ferment qu'à l'aide d'un caillot ou d'une exsudation plastique qui au bout de quelques jours ou de quelques semaines, cède à l'effort du sang, alors l'artère communique directement avec la veine et l'anévrysme artérioveineux est *définitivement constitué*.

Le malade, pendant tout ce temps, éprouve des douleurs vagues ou irradiées le long des nerfs, des engourdissements ou des crampes, une sensation de pesanteur dans tout le membre, tous symptômes augmentant par la marche, la fatigue ou la station verticale et que l'on considère bien souvent au début comme des douleurs rhumatismales ou névralgiques. Il résulte de l'observation de ces faits assez fréquents dans l'histoire de l'affection qui nous occupe, que le chirurgien devra, par un interrogatoire complet et un examen méthodique, s'assurer que le malade a ou n'a pas eu dans ses antécédents de plaie ou de traumatisme grave du membre inférieur. Enfin il ne faudra pas oublier qu'un temps quelquefois considérable peut s'écouler entre le traumatisme lui-même et l'apparition des symptômes caractéristiques de l'anévrysme artérioveineux (Obs. LXII).

Lorsque l'anévrysme est constitué et qu'il forme une

tumeur appréciable, il se reconnaît aux caractères suivants :

a) INSPECTION. — Tumeur molle, fluctuante, animée de battements avec mouvements d'expansion ; développement veineux plus ou moins considérable dans tout le membre ; troubles trophiques.

b) PALPATION. — Battements et mouvements d'expansion, température locale plus élevée au niveau de la tumeur, plus basse sur le segment du membre situé au-dessous. Frémissement vibratoire ou *thrill murmur* des Anglais. Ce dernier signe fut observé pour la première fois par Sennert, puis bien étudié par W. Hunter qui en montra toute l'importance. Ce frémissement vibratoire est à la fois perceptible par le palper et l'auscultation : en plaçant entre les dents la tige d'une sonde métallique quelconque appuyée sur l'anévrysme, il est facile de combiner la sensation de ces deux perceptions (Reclus). Tumeur facilement réductible et compressible puisque les caillots y sont rares.

La compression au-dessus de l'anévrysme suspend ou diminue les battements ; la compression au-dessous favorise l'ampliation du sac, accroît l'amplitude des battements et l'intensité du frémissement. Enfin dans quelques cas, on sera assez heureux pour comprimer le point de communication de l'artère et de la veine et transformer ainsi l'anévrysme artério-veineux en anévrysme artériel ; d'autres fois la compression en ce point fera disparaître tous les symptômes, ainsi que l'ont observé Vauzette, Verneuil et Terrier.

c) AUSCULTATION. — Bruit de souffle continu avec

renforcement systolique. Les modifications de ce bruit par la compression au-dessus et au-dessous du sac sont les mêmes que celles des battements et des mouvements d'expansion, c'est-à-dire que dans le premier cas il est amoindri ou complètement effacé, tandis que, dans le second, il est augmenté d'intensité.

d) TROUBLES CIRCULATOIRES DE VOISINAGE. — 1^o *Circulation veineuse*. — Les veines situées au-dessous de l'anévrysme artério-veineux se dilatent, deviennent variqueuses, flexueuses et cela en raison de la gêne apportée au cours du sang qu'elles renferment.

Celles qui sont situées au-dessus se dilatent aussi, s'artérialisent, sont parfois le siège de battements rythmiques parce qu'elles contiennent du sang en plus grande quantité et sous une pression plus forte.

2^o *Circulation artérielle*. — Les modifications sont moins accusées que dans le système veineux. Les pulsations artérielles sont plus faibles au-dessous du sac et, dans quelques cas, ce fait peu appréciable au doigt sera beaucoup plus nettement mis en évidence par le sphygmographe. Il faudra toujours prendre les tracés simultanément sur deux artères homologues, de façon à pouvoir les comparer. On notera aussi une grande diminution dans la tension artérielle du côté où siège l'anévrysme artério-veineux et au-dessous de la tumeur anévrysmale.

Au-dessus du sac, le calibre de l'artère est augmenté de volume. Enfin, tout autour du sac, on constate l'existence de nombreux rameaux collatéraux.

e) TROUBLES FONCTIONNELS. — Ces troubles apportés dans la circulation artérielle et veineuse, amènent né-

cessairement des troubles fonctionnels plus ou moins accusés suivant le volume de l'anévrysme artérioveineux, son siège, etc...

Ils ont été divisés en quatre catégories par M. Henry (1) dans sa thèse inaugurale.

1° *Altérations de la sensibilité.* — Ils se caractérisent par un engourdissement plus ou moins marqué de tout le membre inférieur, des crampes, des douleurs quelquefois irradiées le long des nerfs, d'autres fois difficiles à localiser d'une façon précise, des plaques d'anesthésie, etc.

2° *Troubles moteurs.* — Ils se manifestent par de l'affaiblissement musculaire qui s'accroît lentement mais progressivement et qui finit par aboutir à l'impotence fonctionnelle.

3° *Troubles de la calorification.* — Le malade éprouve une sensation de froid dans tout le membre et cependant la température locale, prise avec les thermomètres spéciaux, révèle dans quelques cas (Trélat, Polaillon) une élévation de température parfois très sensible; comme dans l'observation de Trélat où il y avait une différence de 5° 1/2 en faveur du côté malade (2). Nous devons dire cependant que le plus souvent la température est abaissée.

4° *Troubles de la nutrition.* — L'augmentation de volume des os, des muscles, de la peau et de ses annexes; les ongles s'hypertrophient, les poils deviennent plus longs, plus gros; enfin on peut voir apparaître des œdèmes, des ulcères et des plaques pigmentaires

(1) HENRY, Th. Paris, 1856.

(2) M. TRÉLAT, *Clin. Chirurg.*, tome I, p. 450.

de la peau (Trélat). Ces troubles fonctionnels ont une grande importance car la plupart du temps ce sont les symptômes qui apparaissent les premiers et qui attirent l'attention du malade, sans qu'il soit possible au début de les rapporter toujours à leur véritable cause. On devra donc, toutes les fois qu'on les observera chez un malade qui, plus ou moins longtemps avant leur apparition, aura été victime d'un traumatisme du membre inférieur, songer à la possibilité d'un anévrysme et en rechercher les autres signes.

CHAPITRE V

MARCHE. — COMPLICATIONS. — PRONOSTIC

L'évolution de l'anévrysme artério-veineux est ordinairement lente et ce fait qui avait été nettement constaté dès les premiers cas observés amena les chirurgiens à considérer cette affection comme bénigne.

On trouve en effet dans l'histoire des anévrysmes artério-veineux des appréciations très différentes sur leur marche, leurs complications et leur pronostic. M. Delbet dans sa thèse remarquable, à laquelle nous faisons de larges emprunts, a fort bien étudié cette question.

W. Hunter (1) leur attribua cette bénignité de pro-

(1) W. HUNTER, *Med. obs. and. Inquiries*, tome I, art. 27.

nostic dont ils jouissaient encore naguère à cause de la lenteur de leur évolution et il cite à l'appui de son opinion le cas d'une jeune dame de province qui lui écrivait quatorze ans après le début de son affection :

« Je ne trouve pas que le mal soit pire que quand
« vous l'avez vu, quoique je croie que les veines qui
« sont au-dessus de l'artère sont un peu plus grosses
« qu'elles n'étaient; mais je n'ai jamais essayé, d'y
« faire la moindre chose et je n'y trouve d'autre in-
« convénient que de ne pouvoir pas dormir sur le côté,
« sans sentir un engourdissement... »

Cette marche lente qui diffère essentiellement de celle de l'anévrysme artériel a été signalée dans un certain nombre d'observations. — Verneuil cite un cas dans lequel la maladie resta stationnaire pendant seize ans; et nous-même nous rapportons une observation où nous voyons le malade continuer une profession pénible pendant vingt-quatre ans, sans troubles fonctionnels marqués (obs. LXII).

Mais il n'en est pas toujours ainsi, car, si grâce à ce caractère observé dans l'évolution de l'anévrysme artério-veineux, Boyer (1), S. Cooper (2), Nélaton (3), Gerdy (4), Le Fort (5), etc., en ont fait une affection bénigne, Cleghorn (6), dès 1765, dans une lettre qu'il écrivait le 3 avril à W. Hunter, faisait ressortir les

(1) BOYER, *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1818, tome II, p. 190.

(2) S. COOPER, *Traité de path. chir.*

(3) NÉLATON. *Path. chirurg.*, 1844, tome I, p. 472.

(4) GERDY, *Chirurg. pratique*, tome III, p. 586, Paris, 1853.

(5) LE FORT, *Dict. Encyclop. des Sc. médicales*, 1866, tome IV, p. 680.

(6) CLEGHORN, in ARNAUD, *Mém. de chirur.*, tome I, p. 250.

dangers qu'il considérait comme toujours imminents. Berdeleben (1) après lui établissait une distinction suivant la variété d'anévrysme à laquelle on avait affaire. Il s'exprimait ainsi : « Le pronostic favorable concerne seulement la varice anévrysmale. Les autres variétés d'anévrysme artério-veineux comportent en somme le même pronostic que les anévrysmes sacciformes. »

Ajoutons aussi que Gerdy, puis Broca (2) insistèrent sur la gravité plus grande des anévrysmes artério-veineux des membres inférieurs et c'est là un fait des plus importants.

Si, à l'exemple de M. Delbet, nous analysons les observations qui ont été publiées, nous arrivons aux constatations suivantes :

1° *Ils ne guérissent jamais seuls* ; le cas de Nott (3), cité comme exemple de guérison spontanée, a été soigneusement contrôlé par Broca qui a montré qu'il s'agissait d'un anévrysme artériel. On ne connaît donc pas un seul exemple incontestable de guérison spontanée.

2° *La transformation en anévrysme artériel* signalée d'abord par Scarpa et Brown, puis par Nélaton (4) en 1846, ne s'observe que d'une façon exceptionnelle et dans des cas tout à fait récents. Dans les cas de Nélaton « il n'y avait pas d'anévrysme à proprement

(1) BERDELEBEN, *Lehrbuch der chirurgie und operations lehre*, 8 édition, p. 88.

(2) BROCA, *Des Anévrysmes et de leur traitement*, p. 79. Paris, 1856.

(3) NOTT, *Amer Journ. of. med. sc.*, t. II, 1841, p. 111.

(4) NÉLATON, *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 457.

parler; il y avait deux plaies vasculaires, une plaie artérielle et une plaie veineuse au voisinage l'une de l'autre. La plaie de la veine s'est cicatrisée un peu après celle de la peau (Delbet). On ne connaît que le cas de Trélat (1)

3° Les anévrysmes artério-veineux peuvent amener les *complications* suivantes qui surviennent plus particulièrement dans ceux du membre inférieur.

Accroissement rapide de la tumeur qui évolue à la façon d'un anévrysme artériel; cette rapidité dans l'évolution peut se produire soit spontanément soit à l'occasion d'un traumatisme parfois insignifiant. Rupture du sac. Inflammation et suppuration. Phlébites. Ulcères. Impotence fonctionnelle absolue. Douleurs insupportables. Gangrène.

Enfin, nous ajouterons à ces complications un fait fort intéressant observé par M. Polaillon, qui vit un malade devenir épileptique après la formation d'une varice anévrysmale de la racine de la cuisse. « Entre ces deux phénomènes morbides, anévrysme artério-veineux et épilepsie, dit M. Polaillon (2), il me paraît y avoir une relation de cause à effet. La communication artério-veineuse en diminuant, comme on le sait, la tension du sang artériel a produit, chez notre patient, une dilatation ascendante de l'artère blessée, puis une dilatation de l'aorte et même une dilatation du cœur qui s'est hypertrophié peu à peu jusqu'à acquérir un volume énorme. Il en est résulté un trouble plus ou moins profond dans l'irrigation des centres

(1) TRÉLAT, Soc. de chir., 1884.

(2) POLAILLON, Soc. de chir., 26 mai 1886.

nerveux, d'où les vertiges persistants, les bourdonnements d'oreille et les attaques d'épilepsie qui augmentaient d'intensité et de fréquence avec les progrès de la dilatation artérielle et de l'hypertrophie du cœur. La preuve que le trouble circulatoire était bien la cause des troubles nerveux, c'est qu'en empêchant le passage facile du sang artériel dans le sang veineux, c'est-à-dire en ramenant la circulation à ses conditions normales par la compression permanente de l'anévrysme on supprimait les vertiges et les attaques d'épilepsie... J'ai renouvelé plusieurs fois cette expérience qui m'indiquait que la guérison de l'anévrysme amènerait aussi la guérison des troubles nerveux ».

En résumé, nous concluons en disant que le pronostic des anévrysmes artério-veineux est plus sérieux qu'on ne l'avait pensé tout d'abord puisqu'ils exposent les malades à des accidents souvent mortels, toujours très graves et que, dans les cas mêmes les plus bénins, on constate toujours au moins de la lourdeur, de la gêne, de l'impuissance du membre, une véritable infirmité. Ce pronostic est cependant devenu moins sévère depuis que les progrès de la chirurgie moderne ont permis des interventions plus heureuses en mettant les opérés à l'abri des redoutables complications des plaies. C'est là un point capital dont il faut tenir compte pour établir une statistique comparative qu'un nombre trop restreint d'observations, publiées depuis l'application courante de l'antisepsie, ne nous permet pas de faire.

Nous en verrons toute l'importance dans le chapitre consacré au traitement.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

a) Deux cas peuvent se présenter suivant que l'anévrysme artério-veineux est traumatique ou qu'il est spontané.

Dans les anévrysmes traumatiques, il est assez rare de constater la communication d'une artère avec une veine au moment même où le traumatisme vient de se produire. L'hémorragie peut en effet n'offrir aucun signe spécial; car s'il y a des cas dans lesquels le chirurgien a pu observer les caractères que présente une hémorragie artérielle, il en est d'autres, et ce sont les plus fréquents, où cette hémorragie se fait en

nappe, sans saccades. Seule l'abondance considérable de l'écoulement du sang pourrait faire songer à une plaie à la fois artérielle et veineuse.

Ordinairement, ce n'est qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins long, que l'attention du malade est attirée par une plaie qu'il considérerait comme définitivement guérie. En effet, lorsqu'une plaie doit donner lieu à un anévrisme artério-veineux, celui-ci ne se montre pas immédiatement. La compression employée pour arrêter l'hémorragie est bientôt suivie de la cicatrisation de la plaie des téguments et de la plaie superficielle de la veine ; le malade se croit guéri. Mais la plaie profonde de la veine et celle de l'artère restent béantes ou ne se ferment qu'à l'aide d'un caillot ou d'une exsudation plastique qui, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, cède à l'effort du sang, alors l'artère communique directement avec la veine et *l'anévrisme artério-veineux est définitivement constitué.*

Le malade éprouve alors une série de symptômes qui l'inquiètent. La plupart du temps ces signes consistent en une sensation de lourdeur, d'engourdissement, de fourmillements dans le membre, les veines sont plus ou moins dilatées ; il se produit des troubles trophiques plus ou moins accentués, de l'hypertrophie des poils ou des ongles, des ulcères (Trélat). Si à ce moment-là on examine le point qui a été le siège du traumatisme, on constate que la cicatrice est soulevée par des battements isochrones aux pulsations cardiaques, qu'il existe à ce niveau un frémissement vibratoire, etc., enfin, peu à peu, on découvre tous les signes d'une « tumeur fré-

missante » et pulsatile, en un mot, d'un anévrysme artério-veineux.

Les anévrysmes artério-veineux spontanés sont d'un diagnostic beaucoup plus délicat. Ils ont été, très rarement observés au membre inférieur.

Lorsque tous les signes que nous avons indiqués peuvent être constatés, le diagnostic est facile. Dans les cas douteux, il faut se rappeler que les affections qui pourraient en imposer un instant pour un anévrysme artério-veineux sont :

1° Les anévrysmes artériels circonscrits ;

2° Les anévrysmes cirsoïdes.

1° *Les anévrysmes artériels circonscrits*, ont un certain nombre de caractères qui leur sont communs avec les anévrysmes artério-veineux, mais ces derniers se différencient par le frémissement vibratoire, les pulsations veineuses, le souffle continu avec redoublement systolique, par une consistance plus accusée, une évolution plus lente.

2° *Les anévrysmes cirsoïdes* qui sont constitués par une dilatation avec allongement des troncs, rameaux et ramuscules d'un ou de plusieurs départements artériels (Terrier) (1) présentent beaucoup de signes semblables à ceux des anévrysmes artério-veineux mais on se souviendra qu'ils sont presque toujours spontanés, qu'ils siègent plus particulièrement au cuir chevelu et aux doigts où la phlébarterie est exceptionnelle.

Ajoutons enfin que dans l'anévrysme cirsoïde les artères afférentes sont dilatées, allongées et flexueuses,

(1) TERRIER, Th. d'agrégation, Paris, 1872.

souvent amincies et que les veines présentent aussi quelquefois la même altération que les artères.

3° *Les tumeurs érectiles veineuses ou artérielles* peuvent présenter dans leur symptomatologie des points communs avec les anévrysmes artério-veineux, mais l'analogie n'est pas assez accusée pour qu'il soit nécessaire d'y insister plus longuement.

4° Il en est de même des *tumeurs malignes pulsatiles*, mais il suffit de signaler ces faits pour que l'erreur puisse être évitée dans la plupart des cas.

5° Nous n'insisterons pas sur la confusion possible de l'anévrysme artério-veineux avec un *abcès*. Cette erreur ne peut être commise que lorsque la peau, soit par suite de son amincissement, soit par l'action de topiques irritants, rougit, s'enflamme et peut ainsi, à la simple inspection, en imposer pour une collection purulente. On connaît à ce propos les erreurs commises par les quatre derniers chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu, Ferrand, Desault, Pelletan et Dupuytren, qui, croyant ouvrir une collection purulente, plongèrent le bistouri dans des anévrysmes artériels, la même méprise pourrait se produire à propos d'anévrysmes artério-veineux.

6° Enfin, si l'anévrysme est très ancien, si sa poche s'est en partie comblée par la formation de caillots, ce qui est rare, ou si elle a subi une dégénérescence calcaire, on pourrait un instant songer à une *tumeur solide*, mais on conçoit aisément que les faits de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

b. Le diagnostic du siège de l'anévrysme est surtout fort difficile, quelquefois même impossible.

Si la tumeur anévrysmale se trouve à la cuisse ou au niveau du creux poplité, il est en général facile de préciser et d'affirmer son siège.

Il n'en est pas de même pour les anévrysmes de la jambe, et plus particulièrement pour ceux des artères tibiale postérieure et péronière. On sait en effet que ces deux artères sont situées dans un dédoublement de l'aponévrose profonde et qu'elles sont assez rapprochées l'une de l'autre, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur une coupe perpendiculaire à l'axe de la jambe. Il résulte de cette disposition anatomique que les symptômes observés sont quelquefois perçus aussi nettement à la région externe et réciproquement. Cette erreur fut commise dans l'observation d'anévrysme artério-veineux de l'artère péronière publiée récemment par M. Ch. Faguet (1) et que nous reproduisons plus loin.

Disons aussi que le siège de la plaie cutanée peut, dans quelques cas, induire en erreur le chirurgien le plus expérimenté. Dans une observation d'anévrysme artériel publiée par Spence (2), le malade se blessa avec un couteau à la partie supérieure de la face antéro-externe de la jambe et l'opération démontra que la tibio-péronière avait été ouverte et que la tibiale antérieure n'avait pas été lésée.

Le même fait est consigné dans l'observation de M. Ch. Faguet : la plaie extérieure siégeait au niveau de la région postéro-interne du milieu du mollet, et

(1) Ch. FAGUET, Soc. d'anatomie de Bordeaux, 8 févr. 1892.

(2) Spence, *Med. Tim. and Gaz.*, 1874, t. II, p. 205.

c'est l'artère péronière qui était atteinte, tandis que la tibiale postérieure était intacte.

c Le diagnostic de la *variété* ne pourra être affirmé que dans un nombre de cas très restreint; la plupart du temps il sera tout à fait impossible de se prononcer, et ce n'est que les pièces en main que le chirurgien pourra préciser ce point de diagnostic. Il ne sera possible en effet d'y arriver que lorsque l'on aura affaire à des anévrysmes situés superficiellement et dans les cas où il sera facile d'explorer le sac et de se rendre compte de ses connexions, aussi n'insisterons-nous pas sur ce point. Il présente cependant une grande importance, et il serait utile de pouvoir le déterminer plus exactement.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Les divers traitements dirigés contre les anévrysmes artério-veineux sont très nombreux et leur nombre même montre bien toutes les difficultés que l'on a dû vaincre pour arriver à une thérapeutique réellement efficace. Nous résumerons rapidement cette question qui a été bien étudiée par M. Delbet (1).

On peut diviser les divers procédés de traitement en deux classes :

- 1^o Méthodes non sanglantes ;
- 2^e Méthodes sanglantes.

(1) DELBET, *loc. cit.*

I. MÉTHODES NON SANGLANTES. — Ce mode de traitement est de plus en plus abandonné de nos jours : les *injections coagulantes* et la galvanopuncture sont trop peu efficaces et leur application a provoqué des accidents trop graves pour que nous croyons utile d'y insister.

La *compression* seule jouit encore d'une certaine faveur, bien qu'elle ne donne pas dans les anévrysmes artério-veineux des résultats aussi satisfaisants que dans les anévrysmes artériels, car la raison qui empêche les caillots de se fermer spontanément est peut-être, celle aussi, qui s'oppose à leur production sous l'influence du traitement. Il y a beaucoup de cas où on devra commencer par cette méthode qui est peu dangereuse dans son application et qui, employée d'une façon régulière, donne pour les anévrysmes artério-veineux externes une moyenne de 31,58 % de guérisons. (Delbet.)

La compression peut être employée sous diverses formes :

a) *Compression totale. Méthode de Theden.* — Elle consiste dans l'enveloppement total du membre avec une compression plus forte au niveau de l'anévrysme. Abandonnée.

b) *Méthode de Reid.* — Cette méthode a été également peu employée parce qu'elle a fourni peu de succès, qu'elle est trop douloureuse, ce qui nécessite l'emploi du chloroforme.

c) *Compression indirecte.* — Elle n'a pas fourni de meilleurs résultats que les précédentes.

d) *Flexion*. — Elle est aussi fort peu efficace ainsi que le montrent les tentatives qui ont été faites.

e) *Compression directe associée ou non à la compression indirecte*. — C'est le meilleur des modes de compression qui ait été employé dans le traitement des anévrysmes artério-veineux. Il est bien loin cependant de se montrer toujours efficace et ne paraît avoir réussi que deux fois seulement dans les anévrysmes artério-veineux de la fémorale. Il a donné plus de résultats au pli du coude et surtout dans les cas récents. Cette méthode enfin n'est pas exempte de dangers : on peut, en effet, lui attribuer dans certains cas l'augmentation de la tumeur ou l'inflammation du sac. Pour résumer notre opinion sur les méthodes de douceur, nous dirons avec Bramann (1) : « que, si chacune d'entre elles a quelques succès à mettre en avant, leur nombre est en telle disproportion avec le chiffre des cas où on les a employées, que l'on ne s'explique point la persévérance avec laquelle on les conserve ».

II. MÉTHODES SANGLANTES. — a) *Ligature à distance*. *Anel-Hunter*. — Cette méthode recommandée par Scarpa, est aujourd'hui condamnée par la plupart des chirurgiens quelque soit le procédé employé. Il ressort des statistiques que, dans les anévrysmes artério-veineux, ce procédé donne :

22,50 pour 100 de guérisons.
45,45 pour 100 de récidives ou d'échecs.
20,45 pour 100 de gangrène.
11,37 pour 100 d'hémorragies secondaires.

(1) F. BRAMANN, *Das artériel-venöse anevrysmia* : *Arch. für Klin. chirg.*, 1886, XXXIII, p. 1-107.

b *Opérations qui se font sur les vaisseaux au voisinage immédiat du sac.* — Elles ont été divisées en plusieurs catégories. Les unes qui portent sur la veine seule semblent devoir être abandonnées parce qu'elles n'ont donné que des résultats peu satisfaisants.

Les autres consistent dans la double ou quadruple ligature avec ou sans incision ou extirpation du sac. Elles ont été bien étudiées en France par le professeur Verneuil (1), mais les sept procédés qu'il décrit peuvent facilement être ramenés à trois.

- 1° Les doubles ou quadruples ligatures ;
- 2° L'incision du sac ;
- 3° L'extirpation du sac.

Et encore ces trois grandes méthodes présentent des points communs (Delbet).

Elles donnent une proportion de 77,36 pour 100 de guérisons et ne sont suivies de gangrène que dans 5,66 pour 100, ce qui montre leur grande supériorité sur la ligature à distance.

1° *La double ligature*, ainsi que l'a fait observer avec beaucoup de raison M. le professeur Verneuil, sera presque toujours inefficace en présence d'une tumeur volumineuse ; elle doit être réservée au cas de varice anévrysmale, aux cas où il n'y a pas de sac, ou mieux où le sac est très petit.

La quadruple ligature sera applicable à la plus grande partie des cas qui se présenteront.

2° *Incision et extirpation du sac.* — Les opinions émises à ce sujet par les chirurgiens se ramènent

(1) VERNEUIL, *Soc. de chir.* 1883, 4 avril, p. 271.

à trois : les uns veulent que le sac soit respecté, d'autres qu'il soit incisé, d'autres enfin qu'il soit extirpé.

La première opinion a été soutenue par Weber (1), Verneuil (2).

Dupuytren (3), Morvan (4), Holmes (5), Annaudale (6), sont au contraire partisans de l'incision du sac, de la méthode d'Antyllus.

M. Reclus, dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1883, ajoute une grande importance au volume du sac et conclut :

« 1° Lorsque le chirurgien peut assez rapprocher les fils pour que le segment oblitéré ne reçoive pas de collatérale importante, l'opération de la double ligature artérielle, sans ouverture du sac, nous semble parfaitement indiquée ;

2° Lorsqu'au contraire des collatérales importantes ramènent dans le segment oblitéré assez de sang pour distendre le sac, il faut lier les vaisseaux afférents et efférents, ouvrir la poche et chercher les embouchures des collatérales que la bande d'Esmarck permettra de saisir sans danger d'hémorragie. »

Cette dernière conclusion de M. Reclus qui repose sur les deux motifs suivants : éviter les caillots et faciliter la recherche des vaisseaux est encore justifiée

(1) O. WEBER, *Hand. der. allgernen. und speciel chirurg*, 2^e vol., 2^e partie, p. 755.

(2) VERNEUIL, *loc. cit.*, p. 278.

(3) DUPUYTREN, Lettre à Husson, *in. Rép. de Breschet*, tome VIII, p. 104.

(4) MORVAN, Thèse, Paris, 1847.

(5) HOLMES, *Système of surgery*, t. III, p. 532.

(6) ANNAUDALE, *Lancet*, 24 avril 1875, p. 568.

par la récédive qui a été observée dans quelques cas où le sac avait été laissé intact (obs. de Noris, Antona, Verneuil). Il faut donc détruire le sac pour éviter ces accidents.

L'incision est la méthode la plus simple, la plus facile, mais elle a le grand inconvénient d'exposer aux hémorrhagies tardives par les collatérales et d'empêcher la réunion par première intention.

L'extirpation, au contraire, ne présente aucun de ces inconvénients ; l'hémostase peut être faite d'une façon complète et définitive, et la réunion s'obtient par première intention.

Le nombre des anévrysmes artério-veineux traités par cette méthode s'élève à 8. Nous les groupons en tableau à la page suivante. Nous donnons les noms des auteurs, les sources bibliographiques où nous les avons puisés, leur variété ; enfin, nous en ferons connaître les résultats.

NUMÉROS	AUTEURS	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	VARIÉTÉ	RÉSULTAT
1	CZERNY.....	<i>Virchows, Archiv.</i> , Bd. 62 1874.....	Fémoral.	Guérison.
2	BLOCH.....	<i>Dissert. mang.</i> , Zurich 1881.....	—	—
3	V. WAHL.....	<i>St-Petersb., méd. Woch</i> n° 7, 1883....	—	—
4	EBENAU.....	<i>Berl. Kl. Woch</i> n° 2, 1883.....	—	—
5	LANELONGUE (de Bordeaux).	Inédit.....	—	—
6	ESMARCH.....	<i>Zeitschrift für chirurgie</i> , 1867..	Branche articulaire du genou.	—
7	TRÉLAT.....	<i>Soc. chir.</i> , 16 janvier 1889.	Poplité.	—
8	LANELONGUE (de Bordeaux).	<i>Soc. anatomiq. de Bordeaux</i> , 1892 (publiée par M. Ch. Faguet.)	Péronière.	—

C'est donc cette méthode que l'on devra suivre car elle constitue la *méthode de choix*, la seule qui permette d'obtenir en réalité la *cure radicale* de l'anévrysme, ainsi que le montrent les observations publiées.

Nous résumerons ce rapide exposé du traitement des anévrysmes artério-veineux du membre inférieur en rappelant les conclusions de M. Delbet :

1° Tenter les compressions avec prudence seulement dans les cas récents et sans y insister. La compression digitale à la fois directe et indirecte constitue le meilleur procédé;

2° Après échec de la compression faire la quadruple ligature dans le cas où il n'y a pas de sac et dans ceux où le sac est très petit;

3° Dès que le sac a un certain volume, il faut l'extirper. La simple incision du sac doit être abandonnée.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous donnons dans ce chapitre toutes les observations d'anévrysmes artério-veineux que nous avons pu recueillir dans nos auteurs et nous y ajoutons deux observations inédites que nous devons à l'obligeance de M. Ch. Faguet, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Les observations sont classées dans l'ordre suivant, d'après leur siège :

- I. Artère fémorale (64).
- II Artère poplitée (22).
- III. Artères de la jambe :
 - a)* Artère tibiale postérieure (6);
 - b)* Artère péronière (1);
 - c)* Artère malléolaire interne (1):
 - d)* Artère pédieuse (1).

Soit un total de quatre-vingt-quinze cas.

I

**Anévrysmes artério-veineux de la cuisse. — Artère
fémorale.**

OBSERVATION I. — Varice anévrysmale de la fémorale à quatre-pouces au-dessous du ligament de Poupart, bandage; résultat inconnu.

(Barnes *in* Hogdson, trad. franç. de Breschet, 1819).

OBSERVATION II. — Fémorale, compression totale et directe dès le début; guérison en dix semaines.

OBSERVATION III. — Fémorale datant de douze ans; inconnu. (Breschet, *Mém. de l'Académie de méd.*, 1833.)

OBSERVATION IV. — Fémorale, varices, ulcères de la jambe six mois après. Ligature de la fémorale par Dupuytren, gangrène, mort.

OBSERVATION V. — Fémorale, spontané, compression, échec. Ligature de la fémorale, mort six jours après l'opération. (Perry, *Med. chir. transact.*, t. XX., p. 112, 1837).

OBSERVATION VI. — Fémorale, ligature, hémorragie. Ligature de l'iliaque externe, hémorragie, mort. (Lallemand, rapport de Breschet, Acad. des sciences, 1838).

OBSERVATION VII. — Fémorale datant de 3 ans, ligature de la fémorale, guérison.

(Baynham, *Am. J. of med.*, 1849, t. XVIII.)

OBSERVATION VIII. — Fémorale, varices, ulcères. Eléctropuncture, échec.

(Huguier, *Soc. chirurgie*, 1851, t. II, p. 106.)

OBSERVATION IX. — Fémorale (inconnu).

(Weber, *Deutsche Klinik*, 1851, p. 313).

OBSERVATION X. — Fémorale, ligature au-dessus et au-dessous du sac quelques jours après l'accident. Hémorragie un mois après, septicémie, mort.

(B. Cooper, *Guy's Hospital rep.*, 1851, t. VIII, p. 195).

OBSERVATION XI. — Fémorale. Ligature de la fémorale, amélioration, mais l'anévrisme ne guérit pas.

(Lesauvage, de Caen, *Soc. chirur.*, 1855, t. V.)

OBSERVATION XII. — Fémorale. Ligature de la fémorale, échec, mort plus tard de la rupture de la poche à la suite d'une chute.

(Larrey, *Gaz. des hôpitaux*, 1857, p. 263.)

OBSERVATION XIII. — Fémorale, compression, échec. Ligature de l'artère au-dessus et au-dessous, mort par hémorragie secondaire.

(Malgaigne, Jaccoud, *Soc. anat.*, 1858.)

OBSERVATION XIV. — Fémorale, compression, menace d'inflammation; ligature de l'artère au-dessus et au-dessous, guérison.

(Spencer, *Edinburg med. J.*, 1869).

OBSERVATION XV. — Fémorale, compression digitale 9 jours après l'accident, échec. Incision du sac, mort par gangrène.

(Fischer, *Deutsche Zeitsch. Erfahrung*, p. 164.)

OBSERVATION XVI. — Fémorale, plaques de gangrène avant l'intervention, ligaturé au-dessus et au-dessous du sac; mort deux jours après par progrès de la gangrène.

(Fischer, *Kriegs. chirurgie Erfahrung*, p. 164).

OBSERVATION XVII. — Fémorale, ligature de la fémorale, gangrène, amputation, mort.

(Socin, *Kriegs chirurgie Erfahrung*, 1872).

OBSERVATION XVIII. — Fémorale, compression digitale pendant dix-sept jours, deux autres séances dans les dix jours suivants, échec.

(A. Guérin, th. de Georgesco, Paris, 1872).

OBSERVATION XIX. — Fémorale, compression indirecte quatre semaines après, échec. Incision et excision du sac, guérison.

(Czerny, *Virchow Archiv*, 1875, t. LXII).

OBSERVATION XX. — Fémorale, ulcères de la jambe (inconnu).

(Hulke, *Clinical soc. of London*, 1875).

OBSERVATION XXI. — Fémorale (inconnu).

(Smith, *St-Bartholom. Hosp. Rep.* 1876).

OBSERVATION XXII. — Fémorale. Ligature de la fémorale et de l'iliaque externe, réapparition des battements quelques jours après.

(Gallozi, *Il Morgagni*, 1878, t. XX).

OBSERVATION XXIII. — Fémorale, ligature de la fémorale, guérison.

(J. Lister, *Brit. m. S.* 1881, t. I).

OBSERVATION XXIV. — Fémorale, ligature de l'artère et de la veine fémorales, mort.

(Bloch, Th. de Zurich, 1881).

OBSERVATION XXV. — Fémorale, ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous, guérison.

(Tillmans, *Berl. Klin. Wochen.*, 1881).

OBSERVATION XXVI. — Fémorale, ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous, guérison.

(Rheinhold, Th. de Marburg, 1882).

OBSERVATION XXVII. — Fémorale, datant de quatre mois. Ligature de l'artère au-dessus et au-dessous, section du vaisseau. ligature de la veine, guérison.

(Czerny, *Berl. Klin. Wochen.*, 1883).

OBSERVATION XXVIII. — Fémorale, compression, la tumeur augmente. Incision, ligature de l'artère au-dessus et au-dessous. Ligature de la veine au-dessous, guérison.

(Nélaton, *in Reclus, Soc. chir.*, 1883).

OBSERVATION XXIX. — Fémorale (inconnu).

(Pickering, *Pick. méd. Times and Gaz.*, t. II, p. 673).

OBSERVATION XXX. — Fémorale datant de douze ans; enveloppement élastique, échec. Ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous, extirpation, guérison.

(Ed. von Whal, *St-Petersb. méd. Wochen.*, 1883).

OBSERVATION XXXI. — Fémorale (inconnu).

(Selenkow, *St-Petersb. méd. Wochen.*, 1884).

OBSERVATION XXXII. — Fémorale, compression directe et indirecte trente-quatre jours après. Transformation en anévrisme artériel qui guérit.

(A. Trélat, *Soc. chirurgie*, 1884).

OBSERVATION XXXIII. — Fémorale, compression digitale de quatorze heures par jour, diminution de la tumeur qui ne guérit pas.

(Godwin, *Brit. méd.* 7. 1887, t. II).

OBSERVATION XXXIV. — Fémorale, ligature de l'artère et de la veine fémorales, guérison.

(Valsham, *Brit. méd.* 7. 1888).

OBSERVATION XXXV. — Fémorale, compression six mois après, échec.

(Séger, *Heidelberger Annalen*, 1835, t. I).

OBSERVATION XXXVI. — Fémorale, ligature de l'artère iliaque, gangrène, mort.

(Hennen, *Military surgery*, 3^e édit., p. 185).

OBSERVATION XXXVII. — Fémorale, ligature de l'iliaque, mort par gangrène.

(Morrison, *Am. s. of méd.* 1838, p. 327).

OBSERVATION XXXVIII. — Fémorale, compression, échec. Ligature de l'iliaque externe, récurrence le cinquième jour, hémorragie le quarante-deuxième, incision du sac, pyohémie, mort.

(Venturoli *Nov. Comm. Ac. sc. int.* Bologne, t. III).

OBSERVATION XL. — Fémorale. Ligature de la fémorale, mort un mois après par gangrène et hémorragie.

(Harris et Horner, *Am. I. of Med.*, 1841.)

OBSERVATION XLI. — Fémorale. Depuis 6 ans (inconnu).

(Nélaton, Thèse de Henry, Paris 1856.)

OBSERVATION XLII. — Fémorale consécutif à une compression mécanique (inconnu).

(Pemberton, *Méd. chir. Transact.*, 1861.)

OBSERVATION XLIII. — Fémorale, datant de 23 ans, ulcères (inconnu).

(Cordonnier, Thèse de Paris, 1864.)

OBSERVATION XLIV. — Fémorale, ulcères de la jambe (inconnu).

(Cordonnier, Thèse de Paris, 1864.)

OBSERVATION XLV. — Fémorale, compression digitale dès le début, échec. Ligature de l'iliaque externe, mort par infection purulente.

(Gayet, *Gaz. hebd.*, 1864).

OBSERVATION XLVI. — Fémorale, ligature de l'iliaque externe, récidive. Ligature de l'iliaque primitive, mort.

(J.-B. Cutter, *Am. J. of Med. sc.*, 1865.)

OBSERVATION XLVII. — Fémorale, datant de 10 ans 1/2, compression, amélioration suivie de récidive rapide. Ligature de l'iliaque externe, mort par chloroforme pendant l'opération.

(Beaumont, *Med. Times and Gaz.*, 1867.)

OBSERVATION XLVIII. — Fémorale. Ligature de l'artère au-dessus et au-dessous. Ligature de la veine, guérison.

(Morton, *Pensylvania Hosp. rep.*, 1868, p. 192.)

OBSERVATION XLIX. — Fémorale. Compression pendant un mois, échec.

(Brindejone-Tréglodé, Thèse de Montpellier, 1869.)

OBSERVATION L. — Fémorale, compression 4 jours après l'accident, flexion forcée, échec.

(Schinsinger, *Das Res. Lazar, Schwetzin*, 1870.)

OBSERVATION LI. — Fémorale, du volume d'un œuf de poule, compression digitale de l'iliaque externe, compression mécanique ; amélioration, mais non guérison.

(Rizzoli, *Mém. de chir., trad. franç.*, Paris, 1872.)

OBSERVATION LII. — Fémorale, compression mécanique au pli de l'aîne peu après. Amélioration, mais non guérison.

(Mason, *N. York Med. I.*, 1877.)

OBSERVATION LIII. — Fémorale depuis 3 semaines (inconnu).

(Berger, *Soc. chir.*, 1878).

OBSERVATION LIV. — Fémorale, depuis 4 ans, ulcères, compression, guérison des ulcères, non de l'anévrysme.

(Billroth, *Chirurgie Klinik*, 1879.)

OBSERVATION LV. — Fémorale, du volume d'un œuf de poule. Ligature de la veine et de l'artère fémorales, gangrène, mort.

(Bloch, Thèse Zurich, 1881.)

* OBSERVATION LVI. — Fémorale. Ligature de l'artère et de la veine fémorale. Guérison.

(Bloch, Thèse Zurich, 1881.)

OBSERVATION LVII. — Fémorale, compression par sac de plomb aussitôt après l'accident. Inflammation, suppuration, mort.

(Carafi, Soc. Anat., 1881.)

OBSERVATION LVIII. — Fémorale, compression directe, amélioration.

(Gellens, *Arch. de Méd. belge*, 1816.)

OBSERVATION LIX. — Fémorale, depuis 7 ans, compression directe, échec. Galvanopuncture 2 séances, mort par septicémie.

(Polaillon, Soc. de chirurgie, 1886.)

OBSERVATION LX. — Origine de la fémorale profonde, ligature de la fémorale commune, mort par pleurésie (?).

(Baker, *Prov. Méd. et Surg. I.*, London, 1850.)

OBSERVATION LXI. — Fémorale profonde, ligature de l'artère et veine fémorales profondes. Guérison.

(Bloch, Thèse Zurich, 1881.)

OBSERVATION LXII

(Inédite)

Anévrysme artério-veineux de l'artère fémorale au niveau du triangle de Scarpa. — Ligature de l'iliaque primitive. — Mort.

(Observation recueillie par Ch. FAGUET, interne des Hôpitaux de Bordeaux.)

H..., 42 ans, entré dans les premiers jours du mois de décembre 1887 à l'hôpital Saint-André, salle 17, lit n° 13, service de M. le professeur Lanelongue.

Ce malade nous raconte qu'à l'âge de 16 ans il reçut au niveau de la région inguinale droite toute la charge d'un fusil de chasse; le coup était tiré d'une vingtaine de mètres. Il se produisit immédiatement une hémorragie assez abondante. Transporté à l'hôpital Saint-André, il reçut les soins de M. le docteur Dupuy. Il ne se produisit pas de nouvelle hémorragie; les plaies multiples que portait le malade se mirent à suppurer; quelques grains de plomb s'éliminèrent et, trois mois après l'accident, le malade quittait la salle paraissant complètement guéri. Notons qu'à son arrivée à l'hôpital on avait constaté la présence de battements au niveau du triangle de Scarpa, et qu'on avait essayé, mais en vain, de les faire disparaître par la compression digitale.

Rentré chez lui, il put travailler vingt-quatre ans sans constater autre chose d'anormal que la persistance de ces battements; aucun trouble trophique important.

Il y a deux ans aux battements vint se joindre une petite saillie, animée elle aussi de battements, en même temps quelques

engourdissements se montraient dans le membre inférieur et les veines se gonflaient.

Ces symptômes apparurent à une époque où le malade changea de profession, car de cultivateur qu'il avait toujours été jusqu'alors, il devint garçon boulanger, chargé d'apporter le pain chez les clients de la campagne ; il était donc obligé de monter et de descendre continuellement de son véhicule, en un mot il se fatiguait beaucoup plus.

Depuis deux mois et demi environ, la tumeur de la partie supérieure de la cuisse a augmenté de volume rapidement, et le gonflement a gagné en peu de temps la partie supérieure, puis la partie inférieure du membre ; les fourmillements, les dilatations veineuses se sont exagérées. Enfin, de vives douleurs siègent dans tout le membre et dans une partie de l'abdomen ; le scrotum est également œdématié.

Etat actuel (13 novembre 1887). — On est frappé de la grosseur du membre inférieur droit ; les mensurations nous donnent une différence de 35 cent. au niveau de la racine de la cuisse, soit 80 cent. pour le côté droit et 45 cent. pour le côté gauche ; à la partie inférieure de la cuisse, la disproportion est à peu près la même puisque nous trouvons 70 cent. pour le côté droit et 40 cent. pour le côté gauche. Développement des veines superficielles. Poils plus longs ; écailles épidermiques. La température locale au pli de l'aîne prise avec le thermomètre de C. Paul donne :

Côté droit.....	36°
Côté gauche	32°

Soit une différence de 4°.

A la base du membre, au niveau du triangle de Scarpa, il existe une tumeur fluctuante, animée de battements et de mouvements d'expansion et de frémissement cathaire ou *thrill murmur*. L'auscultation révèle en ce point un bruit de souffle continu avec redoublement systolique. Les battements, le bruit de souffle et le *thrill* se modifient dans certaines conditions : si

on comprime l'artère iliaque externe immédiatement au-dessus du ligament de Fallope on voit disparaître ces deux signes, la tumeur s'affaisse et peut être sensiblement réduite. Si on cesse la compression tous ces symptômes reparaissent.

Si on comprime au niveau même de la tumeur au point d'incision de l'artère et de la veine fémorale, on voit le thrill disparaître et le souffle se modifier : ce dernier devient nettement intermittent. Pendant ce temps la tumeur diminue en dedans du point comprimé, les battements disparaissent à ce niveau tandis qu'ils persistent en dehors.

Il y a une légère diminution dans les battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse. Le diagnostic d'anévrysme artérioveineux de la fémorale s'imposait; mais on se trouvait en outre en présence d'une phlébite de la veine iliaque, car seule cette complication pouvait expliquer l'œdème, la chaleur, la douleur, de tout le membre et du scrotum et le développement de plus en plus considérable des veines superficielles.

TRAITEMENT. — 1° La *compression digitale* au niveau du point de communication de l'artère et de la veine fémorale est essayée pendant vingt-quatre heures sans succès. Il ne se produit aucune modification avantageuse;

2° *Ligature de l'iliaque primitive*. — Disparition des battements et affaissement de la poche qui prend une consistance plus considérable. — Réunion par première intention de la plaie opératoire.

Malgré cette intervention qui n'a amené aucun accident, l'état du membre est resté à peu près le même pendant le même temps; puis la tumeur anévrysmale est entrée en suppuration, une incision devient nécessaire et le malade a succombé à des phénomènes septiques en mars 1888.

AUTOPSIE. — Tumeur anévrysmale atteignant presque le volume d'une tête de fœtus à terme, remplie de caillots et de pus. Anévrysme enkysté intermédiaire. — Artères collatérales nombreuses aboutissant aux parois du sac.

La ligature de l'artère iliaque primitive avait parfaitement tenu. Le vaisseau artériel était complètement oblitéré.

OBSERVATION LXXIII.

(Inédite).

*Anévrysme artérioso-veineux de l'artère fémorale droite. —
Ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous du
sac. — Extirpation. — Guérison.*

(Observation recueillie par M. Ch. Faguet, interne
des hôpitaux de Bordeaux.)

Charles M..., 40 ans, tonnelier, entré le 19 octobre 1891, à
l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Lanelongue,
salle des Grands Payants, chambre n° 4.

Ses antécédents héréditaires ou personnels n'offrent rien d'im-
portant.

Le 28 juin 1891, se trouvant à table, il laissa tomber un cou-
teau à lame effilée dont il se servait et la pointe de couteau tra-
versant son pantalon lui fit une petite plaie à la cuisse droite au
niveau de la région antérieure, vers la partie moyenne exacte-
ment sur le trajet des vaisseaux fémoraux. Il se produisit im-
médiatement une hémorragie abondante, mais le malade
ne put nous dire les caractères précis qu'elle présentait, un pan-
sement antiseptique et compressif fut appliqué et quinze jours
après la cicatrisation était complète.

Vers la fin de juillet, M... Charles remarqua que la cicatrice
était soulevée par des battements facilement perçus quand on la
déprimait avec le doigt, et il observa que ces battements étaient
isochrones aux pulsations cardiaques. Peu à peu il se forma au
niveau de cette cicatrice une tumeur fluctuante, animée de batte-
ments de plus en plus nettement perceptibles et auxquels vint
bientôt se surajouter un frémissement vibratoire que le malade
constata lui-même. Il fit alors appeler son médecin qui, le
30 août, lui appliqua un tourniquet au niveau du triangle de

Scarpa; mais on dut l'enlever au bout de sept heures à cause des douleurs intolérables que provoquait cette compression; trois ou quatre jours après, on fit une nouvelle application du tourniquet pendant huit heures. Le résultat obtenu fut négatif, comme il l'avait été la première fois. Enfin on essaya la compression avec une bande de flanelle; mais le résultat obtenu fut peu appréciable. Pendant ce temps la tumeur continuait à augmenter de volume d'une façon assez rapide, ce qui décida le malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — 18 octobre 1891. — A son arrivée on constate les symptômes suivants:

Le membre inférieur droit est augmenté de volume dans son ensemble; pas de troubles trophiques; quelques légères dilata-tions veineuses superficielles. Au niveau de la partie moyenne et antéro-interne de la cuisse, il existe une tumeur du volume du poing d'un adulte. Cette tumeur présente des mouvements d'expansion facilement appréciables à la simple inspection, et nettement perceptibles par l'application de la main. Le palper permet aussi de constater l'existence de frémissement vibratoire, de thrill. La compression continue sur l'ensemble de la tumeur arrive à diminuer son volume, mais non à la réduire complètement. L'auscultation sur la tumeur elle-même fait entendre un bruit de souffle continu avec redoublement systolique.

Les battements artériels sont nettement perçus et même exagérés au-dessus de la tumeur; ils sont beaucoup plus faibles et plus difficilement appréciables au-dessous; les pulsations de l'artère pédieuse ne sont pas perceptibles.

La compression de l'artère fémorale au-dessus de la tumeur amène une diminution de volume et la disparition des battements, du bruit de souffle et de thrill. Ces phénomènes reparaissent rapidement dès qu'on cesse la compression en ce point.

La compression au-dessous de la tumeur les exagère. La compression limitée en aucun point de la tumeur ne fait disparaître le thrill.

La température locale de la cuisse droite, prise au niveau même de la tumeur est supérieure à celle du côté opposé de 2°,

3; — sur la partie externe du mollet, la température à droite est inférieure de 1° 8 à celle du point correspondant à droite.

Le malade ne peut marcher que très difficilement à cause de la pesanteur, de la sensation d'engourdissement et des douleurs parfois très vives qu'il éprouve dans tout son membre inférieur droit.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'anévrisme artérioso-veineux de l'artère fémorale s'imposait, et, comme les divers moyens qu'on avait essayé n'avaient donné aucun résultat, et que d'autre part des complications graves étaient imminentes, M. le professeur Lanelongue se décida à pratiquer la ligature de l'artère et de la veine fémorale et l'extirpation de la poche anévrysmale.

Cette opération est pratiquée le 23 octobre, à 8 heures du matin.

Précautions antiseptiques ordinaires, application d'une bande d'Esmarck à la racine de la cuisse. Incision de 12 cent. environ sur la tumeur et suivant la direction des vaisseaux fémoraux. Incision de l'aponévrose; isolement de la poche qui adhère assez intimement aux muscles voisins. Ligature de quelques rameaux vasculaires qui aboutissent au sac. Ligature de l'artère et de la veine fémorale au-dessus et au-dessous de la poche anévrysmale. Extirpation du sac, qui a le volume d'une orange et dont les parois sont en certains points très épaisses avec infiltration calcaire et ailleurs très minces et très friables. Le sac anévrysmal va jusqu'au fémur dont il est assez difficile de le détacher. Hémostase complète. Sutures superficielles. Deux drains en caoutchouc. Pansement compressif avec poudre d'iodoforme, gaze salolée, ouate salicylée, ouate ordinaire. Le membre inférieur droit est maintenu dans une position légèrement inclinée.

Rien de spécial dans les suites opératoires.

3 novembre. — Le pansement est défait. La plaie se réunit par première intention. Les deux drains sont laissés en place, mais raccourcis. Les points de suture sont enlevés. Même pansement.

14 novembre. — Nouveau pansement. Cicatrisation complète

de la plaie. L'un des drains est supprimé et remplacé par un crayon d'iodoforme.

La circulation paraît s'être rétablie d'une façon complète.

25 novembre. — Le second drain est supprimé.

3 décembre. — Exeat. Guérison.

II

Anévrysmes artério-veineux du creux poplité.

(Artère poplitée et ses branches)

OBSERVATION I. — Anévrysme artério-veineux poplité datant de 26 ans ; ni traitement, ni résultat indiqué.

(Larrey, de Toulouse, *archiv. génér. de méd.* 1837, t. IX).

OBSERVATION II. — Anévrysme artério-veineux poplité datant de 18 mois. Bandage compressif ; résultat inconnu.

(Hodgson, trad. française le Breschet, Paris. 1819).

OBSERVATION III. — Anév. art.-vein. poplité spontané du volume d'une tête d'enfant datant de 14 ans.

Pas d'autres renseignements.

(Porter, *Cyclopædia of. Anat. and Phys.* t. I, p. 242).

OBSERVATION IV. — Poplité, varice anévrysmale, ligature de la fémorale, guérison.

(Stromeyer, *Handbuch der chirurgie*, 1844).

OBSERVATION V. — Poplité, varice anévrysmale. Pas de renseignements.

(Monneret, *soc. chir.*, 1851, t. I, p. 68).

OBSERVATION VI. — Poplité. Ligature de la fémorale 2 ans après l'accident, échec. — 12 ans plus tard amputation.

(Cock, *médec. chir. transact.*, 1851, t. XXXIV).

OBSERVATION VII. — Poplité spontané, amputation de cuisse, guérison.

(Boling, *North. am. méd. chir. Rev.*, 1857).

OBSERVATION VIII. — Poplité du volume d'un œuf de pigeon. Compression digitale de 72 heures, compression mécanique prolongée, échec.

(Heyfelder, *Deutsche klinik*, 1859, p. 434).

OBSERVATION IX. — Poplité. Ligature des deux bouts de l'artère et de la veine, mort par hémorragie secondaire.

(Nélaton, *France médicale*, 1863, p. 197).

OBSERVATION X. — Artère du nerf sciatique dans le creux poplité, compression mécanique, échec. — Incision et amputation de cuisse immédiate.

(Moore, *méd. chir. transact.*, 1866, p. 28).

OBSERVATION XI. — Vaisseaux articulaires dans le creux poplité. Ligatures, extirpation, guérison.

(Esmarck, in *Raabe Zeitsch., f. chirurgie*, 1867, t. v.).

OBSERVATION XII. — Poplité datant de 6 ans, compression digitale de 27 jours, mécanique 1 mois, échec. Ligature de la fémorale, résultat inconnu.

OBSERVATION XIII. — Poplité. 8 jours après sphacèle, amputation, mort.

OBSERVATION XIV. — Poplité, du volume d'une tête d'enfant. Incision du sac, double ligature, guérison.

(Amandale, *Lancet*, 1875, t. I, p. 568).

OBSERVATION XV. — Poplité du volume d'un œuf de pigeon ; compression directe et indirecte 2 mois après, échec.

(Hiard, Th. Paris, 1875, p. 4).

OBSERVATION XVI. — Poplité, compression, flexion forcée, échec. Ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous, guérison.

OBSERVATION XVII. — Poplité, ligature de la fémorale, gangrène, amputation, guérison.

(Scarenzio, *Annali universali di medicina*, 1879, p. 451).

OBSERVATION XVIII. — Poplité, compression directe à 3 reprises, échec. Ligature au-dessus et au-dessous, incision, hémorragie secondaire, guérison.

(Verneuil, *Soc. chirurg.*, 1883, p. 280).

OBSERVATION XIX. — Poplité spontané. Extirpation, guérison. (Scriba, *Deutsch zeitsch. f. chirurgie*, 1885, t. XXII).

OBSERVATION XX. — Poplité datant de 19 ans ; compression au moment de l'accident, échec. Ligature de l'artère au-dessus et au-dessous. Guérison.

(J. Lucas Championnière, Th. de Leriche, Paris, 1888).

OBSERVATION XXI. — Poplité, compression mécanique fémorale au pli de l'aîne, 30 heures ; 8 jours après, compression digitale, flexion : échec. — Extirpation, guérison après suppuration.

(Felizet, Th. de Leriche, Paris, 1888).

OBSERVATION XXII. — Poplité depuis 9 ans, ulcères de la jambe. Extirpation, guérison.

(U. Trélat, in Th. de Delbet, Paris, 1889).

III

Anévrysmes artérioso-veineux de la jambe.

A — ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE

a) *Origine traumatique.*

OBSERVATION I. — X..., coup de fusil dans la jambe depuis quelques années, au-dessous du genou, anévrysme artérioso-veineux de la tibiale postérieure, thrill, dilatation des veines superficielles; jambe garnie d'ulcères.

Ligature de la fémorale. Gangrène. Mort d'hémorragie par une veine ouverte. (Dorsey, *Elements of surg.*, 1818, t. II, p. 361.)

OBSERVATION II. — B..., balle de pistolet, bruit de susurrus, anévrysme artérioso-veineux de la tibiale postérieure. Toute opération jugée inopportune et dangereuse. Compression au moyen d'un bas lacé. Etat stationnaire. (Chassaignac, *Arch. de Méd.*, 1851, t. XXV, p. 41.)

OBSERVATION III. — Anévrysme artérioso-veineux de l'artère tibiale postérieure, à la suite d'un traumatisme.

Galvanopuncture sans résultat; ligature de l'artère et de la veine tibiale postérieure et de l'artère péronière à quatre centimètres au-dessus de l'anévrysme. Guérison. (Nicolaysen, *Beretning fra Rigs hospitalets chirurgiske*, 1864-65, v. H. S. Jahrb., 1867, II, p. 316.)

OBSERVATION IV. — N... (J.), frappé par une pièce de métal pointue, hémorragie, anévrysme artérioso-veineux de l'artère tibiale postérieure, thrill.

Compression graduée, sans aucun résultat; opération d'Antyllus. Guérison. (Amandale, *Lancet.*, 14 oct., 1876, t. II, p. 351.)

OBSERVATION V. — X..., coup de fusil dans le mollet, anévrysme artérioso-veineux de la tibiale postérieure.

Opération d'Antyllus, hémorragie par petite ulcération du vaisseau tout près de la ligature. Guérison. (Mayal, *in* Comte, th. Lyon, 1885, p. 106.)

OBSERVATION VI. — X..., serrurier, vingt-huit ans, en laissant tomber une serpette se blesse au mollet gauche; hémorragie; anévrysme artérioso-veineux de l'artère tibiale postérieure; insuccès des moyens de douceur (compression directe et compression indirecte). Extirpation du sac anévrysmal entre deux ligatures. Guérison. (Monod (de Bordeaux), Soc. de chir., 22 juillet 1891, *in* *Rev. de chir.*, 10 septembre 1891, p. 804.)

OBSERVATION VII. — M. Vallas, interne des hôpitaux, lit (1) une observation de varice anévrysmale de la cuisse et présente le malade.

Le 6 juin 1885, c'est-à-dire il y a 7 mois, un jeune homme cultivateur, âgé de 19 ans, jouait avec un camarade qui portait un couteau à la main, lorsque, par suite d'un faux mouvement, il reçoit un coup de cette arme à la racine de la cuisse droite. Une hémorragie considérable se déclare aussitôt, et, par l'ouverture étroite de la plaie, le sang jaillissait avec une telle force qu'ayant appliqué la main sur sa blessure, il reçut des éclaboussures de sang presque sur le visage, comme s'il avait posé le doigt sous un robinet largement ouvert. Il perdit connaissance, et probablement à la faveur de cette syncope et de la compression produite par les caillots, l'hémorragie s'arrêta spontanément.

Au bout de 15 jours environ, la tumeur sanguine qui s'était

(1) *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 15 fév. 86, t. V, p. 421.

formée au pli de l'aine s'était résorbée; mais le malade s'aperçut alors, en portant la main sur le trajet de ses vaisseaux fémoraux, d'un frémissement particulier qui l'inquiéta beaucoup, lui et ses parents. Après avoir pris l'avis de plusieurs médecins, il entra, le 1^{er} février dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Poncet.

Voici dans quel état il se présenta alors :

Sur la limite externe du triangle de Scarpa, au niveau du droit antérieur de la cuisse, par conséquent en dehors du trajet des vaisseaux, on constate une petite cicatrice blanche, linéaire, distante de 7 centim. de l'arcade de Fallope. La cuisse n'est pas déformée; les saillies et dépressions de la région sont normales.

Si alors on porte le doigt sur les vaisseaux, on perçoit un frémissement vibratoire ou thrill continu très intense. Au-dessous du niveau de la plaie, c'est-à-dire du côté de la périphérie, ce thrill s'atténue rapidement et disparaît bientôt, tandis que du côté central on le sent encore très nettement sur les vaisseaux iliaques externes, aussi loin qu'on peut les atteindre avec le doigt.

L'auscultation du pli de l'aine révèle l'existence d'un souffle continu avec redoublement systolique, le souffle est très fort, son maximum est à quelques centimètres au-dessous de l'arcade; à ce niveau, il suffit d'approcher l'oreille nue à 2 ou 3 centimètres de la peau pour l'entendre encore distinctement; il se propage le long des vaisseaux dans toute la partie sous-diaphragmatique du corps; on l'entend à la jambe, sur le dos du pied, sur la paroi abdominale et à l'épigastre, on le perd au-dessus du cœur et dans les vaisseaux du cou, on n'entend qu'un souffle systolique dû à l'anémie.

Au-dessus du point lésé, les vaisseaux sont manifestement dilatés, mais uniformément, et il est impossible de délimiter les contours d'une tumeur.

Les veines superficielles du membre inférieur droit ne sont pas variqueuses. Pas d'œdème.

Le pouls de la pédieuse est notablement plus faible du côté malade que du côté sain. Les troubles fonctionnels sont nuls. Le malade n'accuse pas de fourmillements, pas de faiblesse, seule-

ment une tendance plus grande au refroidissement, et encore n'a-t-il constaté ce symptôme que depuis que son attention a été attirée sur ce point.

La sensibilité est intacte.

Il n'y a pas de différence de longueur dans les membres inférieurs, mais on constate une légère atrophie suivant l'épaisseur; à 10 centimètres au-dessus de la rotule, on trouve :

Circonférence de la cuisse droite (malade).	34 centimèt.
— gauche	36 —

De même pour la jambe, au milieu du mollet :

Mollet droit	27 5
Mollet gauche	28,5

Le système pileux est également développé des deux côtés.

M. PONCET. — Ce malade est entré, il y a quinze jours, dans mon service pour l'affection dont M. Vallon vient de vous faire un exposé.

Il est un exemple de la parfaite tolérance d'une telle lésion. C'est là un fait connu. Mais il est rare de rencontrer une absence aussi complète de tout phénomène pathologique. Ce malade, en effet, n'éprouve aucun malaise, aucune douleur, il ne perçoit ni souffle ni frémissement et ne trouve aucune différence entre le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche. Il n'existe d'autre part que des troubles trophiques légers.

Cette tolérance indique la conduite à tenir : on doit, suivant M. Poncet, s'abstenir de toute intervention chirurgicale active, conseiller au malade d'éviter des travaux pénibles, de longues marches, etc. Le port d'un cuissard, d'un caleçon élastique, paraît indiqué.

b) *Anévrysmes artérioso-veineux de la jambe, siégeant dans des moignons d'amputation.*

OBSERVATION I. — Dans un moignon d'amputation de jambe. Ligature de la fémorale.

Guérison. (Sédillot, *Méd. opératoire*, 1853, t. I, p. 229.)

OBSERVATION II. — Dans un moignon de tibio-tarsienne; le malade est mort d'obstruction intestinale. (Codge London, *J. of Med. sc.*, 1860.)

OBSERVATION III. — Dans un moignon. (Robinson, *Lancet*, 1888, t. II.)

B — ARTÈRE PÉRONIÈRE.

I. *Anévrysme artérioso-veineux de l'artère péronière gauche.*
— *Ligature des artères et des veines tibiales postérieures et péronières. — Extirpation du sac.*

(Guérison (1) par Ch. FAGUET, interne des hôpitaux de B*.)

M..... (Arnaud), vingt-six ans, cultivateur, entre le 24 juillet 1889 à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Lanelongue, salle 17^e, lit 36, pour une affection chirurgicale du membre inférieur gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Antécédents personnels. — M..... (Arnaud), n'a jamais été malade pendant son enfance. Elevé à la campagne, il est fort et vigoureux; appelé sous les drapeaux à vingt et un ans, il a fait une partie de son service militaire au Tonkin, et, pendant son séjour dans cette colonie, il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une légère dysenterie. A son retour en France, le 2 avril dernier, il est redevenu cultivateur, comme il l'était avant son départ pour le régiment, et l'accident pour lequel il se présente aujourd'hui à l'hôpital lui est arrivé le 1^{er} juillet, dans les circonstances suivantes :

(1) Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 8 février 1892.

Ce jour-là, après avoir fauché toute la matinée avec son père, il rentrait chez lui, lorsque sa faux qu'il portait sur l'épaule droite lui échappa des mains, et, en tombant vint lui faire une plaie au niveau de la région postérieure et interne du tiers moyen de la jambe gauche. L'extrémité effilée de la faux pénétra obliquement dans le mollet, un peu d'arrière en avant et de dedans en dehors, à une profondeur de plusieurs centimètres. Il se produisit immédiatement une hémorragie *en nappe*, n'offrant pas absolument les caractères d'une hémorragie artérielle, mais constituée par du sang rutilant, et assez abondante pour nécessiter l'intervention d'un médecin. Celui-ci fit des sutures superficielles, plaça un tube à drainage dans l'angle inférieur de la plaie, appliqua un pansement antiseptique et eût soin d'exercer une compression modérée. Pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, la plaie paraissait se réparer dans de bonnes conditions, lorsque le *dixième jour*, le malade éprouva des douleurs lancinantes dans la jambe et crut percevoir des battements au niveau de la blessure.

14 juillet. — Il se produisit une hémorragie abondante en nappe, avec les mêmes caractères que la première fois, et on dut appliquer un pansement compressif pour l'arrêter.

15 juillet. — Le Dr Philippot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, est appelé à examiner le malade et constate des battements au niveau de la région postéro-interne du milieu de la jambe gauche; ces battements s'accompagnent d'un mouvement d'expansion, de thrill et d'un bruit de souffle contenu avec renforcement systolique. Le maximum de ces signes paraissant être à la région postéro-interne du mollet, au niveau même de la plaie faite au tégument externe, le diagnostic porté fut celui d'anévrysme artérioso-veineux de l'artère tibiale postérieure.

Une première intervention chirurgicale eut lieu le lendemain, seize jours après l'accident.

16 juillet. — Le malade est chloroformisé et après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires et appliqué la bande de Houzé, immédiatement au-dessus du genou, le Dr Philippot

incise les téguments sur la ligne de ligature de l'artère tibiale postérieure au tiers moyen de la jambe.

L'artère tibiale postérieure est plus volumineuse qu'à l'état normal et ses veines satellites sont variqueuses. L'artère tibiale postérieure est liée à la partie supérieure de l'incision mais comme vers la partie inférieure il est impossible de le trouver avec son calibre normal, malgré la longueur de l'incision on fait une seconde ligature en arrière de la malleole interne.

L'hémostase de la plaie est faite soigneusement : sutures au crin de Florence, pansement sec à l'iodoforme, gaze iodoformée, ouate salicylée, légère compression.

19 juillet. — Le pansement est enlevé parce qu'il a été traversé par un suintement séro-sanguinolent ; quelques points de suture ne paraissent pas devoir se réunir par première intention ; on constate que le battement, le bruit de souffle continu avec renforcement systolique et le mouvement d'expansion persistent encore avec la même intensité qu'avant l'intervention chirurgicale : il en est de même du thrill. Même pansement avec légère compression.

23 juillet. — Hémorragie abondante, identique aux deux premières, vers le milieu de l'incision, au niveau même de la plaie faite par la faux.

Application d'une bande d'Esmarek au niveau de la partie inférieure du creux poplité.

24 juillet. — Sur les conseils de son médecin et à cause de l'impossibilité d'une surveillance continuelle nécessitée par la gravité de l'hémorragie, le malade entre à l'hôpital Saint-André.

Etat actuel (24 juillet 1891). — A son arrivée, on constate les symptômes suivants :

Au niveau de la région moyenne de la jambe gauche et en arrière, existe une tumeur pulsatile, animée de battements avec mouvements d'expansion thrill, souffle continu avec renforcement systolique ; grande diminution de ces signes et même leur suppression, si on comprime l'artère poplitée ; quelques troubles de la sensibilité, des crampes ; pas de troubles trophiques.

Ajoutons enfin l'existence d'une plaie, en voie de cicatrisation,

sur le trajet de l'artère tibiale postérieure. Cette plaie n'est autre que l'incision faite le 16 juillet dans la première intervention.

La plaie faite pour la ligature de la tibiale postérieure, en arrière de la malléole interne, est complètement cicatrisée.

Du 24 juillet au 23 août, quatre pansements sont faits, et chaque fois on observe les mêmes signes avec les mêmes caractères et sans aucune modification, si ce n'est une augmentation des troubles de la sensibilité et plus particulièrement un engourdissement pénible ; aussi une nouvelle intervention chirurgicale, devenue indispensable, est-elle pratiquée par M. le professeur Lanelongue, le 23 août, à 8 heures du matin, cinquante-trois jours après l'accident.

Incision sur le même trajet que la première fois, l'artère et la veine tibiales postérieures sont dilatées, on en pratique la section et l'extirpation, entre deux ligatures, sur une longueur de cinq centimètres environ.

La bande d'Esmarck, appliquée au moment de l'intervention, est enlevée et on s'aperçoit que le muscle soléaire est soulevé par des battements isochrones à la systole cardiaque.

Les autres signes pathognomoniques de l'anévrysme artérioso-veineux sont perçus très nettement à ce niveau. Le muscle soléaire est incisé avec précaution et on arrive enfin sur une tumeur anévrysmale qui siège sur l'artère péronière ; on dissèque le sac, on l'isole des fibres musculaires auxquelles il adhère très intimement et on l'extirpe entre deux ligatures faites au préalable. Les veines satellites sont également liées et sectionnées sur la même étendue que l'artère. Deux tubes à drainage sont placés au fond de la plaie opératoire dont la profondeur est telle qu'on doit autant que possible faciliter le drainage des liquides qui pourraient s'accumuler dans les clapiers ainsi formés ; sutures profondes et sutures superficielles. Pansement sec à l'iodoforme et à l'ouate salicylée ; légère compression. Le malade est rapporté dans son lit et il est placé de telle façon que son pied est un peu plus élevé que la racine de son membre.

Le pied qui, tout d'abord, a paru rester froid et exsangue, se réchauffe peu à peu, et à 6 heures du soir la température locale

des deux pieds, prise entre les deux premiers orteils de chacun d'eux, à l'aide du thermomètre de C. Paul, donne les résultats suivants : Pied gauche, 29°6; pied droit, 32°2.

A part quelques fourmillements dans la jambe gauche, l'état du malade est très satisfaisant.

24 août. — La température locale du pied gauche n'est inférieure à celle du pied droit que de 0°3. Moins de fourmillements; peu d'œdème du pied gauche; pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité; le malade, sur notre demande, peut faire mouvoir ses orteils assez facilement.

31 août. — La température restée apyrétique jusqu'à hier soir, s'est élevée à 38°4.

Le pansement est défait et on constate qu'il s'est écoulé une assez grande quantité de sang et de sérosité par les deux tubes à drainage; pas de pus; la plaie a bon aspect.

Lavage antiseptique, ablation de quelques points de suture, même pansement, les drains sont laissés en place.

8 septembre. — Bon état de la plaie; suppression des drains; ablation des derniers points de suture. La circulation paraît s'être rétablie complètement; pas d'œdème de la jambe gauche qui paraît cependant plus pâle que la jambe droite.

13 septembre. — La plaie se répare dans de bonnes conditions.

22 septembre. — L'amélioration continue, quelques bourgeons charnus exubérants sont touchés avec le crayon de nitrate d'argent.

15 octobre. — La réparation est complète et le malade se lève sans inconvénients pendant une heure et demie chaque jour. Le pansement est supprimé et on se contente d'appliquer sur la jambe gauche un bandage roulé, légèrement compressif. L'épiderme du pied est un peu épaisse, mais il n'existe pas d'autre trouble trophique de la peau.

4 novembre. — Le malade quitte l'hôpital guéri et capable de marcher presque toute la journée sans trop de fatigues.

1^{er} février 1891. — Nous avons revu le malade aujourd'hui, c'est-à-dire quinze mois après sa sortie de l'hôpital Saint-André. La guérison s'est maintenue complète et définitive et M... (Ar-

naud), toujours cultivateur, a pu reprendre sa vie habituelle ; il n'éprouve ni douleurs, ni gêne dans les mouvements de son membre inférieur gauche, ni troubles circulatoires, ni troubles trophiques. Il ne reste qu'une faible diminution du volume du mollet gauche, dont la circonférence est inférieure de deux centimètres à celle du côté opposé.

8 février 1892. — Nous avons reçu récemment des nouvelles de ce malade. La guérison persiste parfaite.

Examen anatomo-pathologique. — Les pièces enlevées pendant l'opération ont été soigneusement disséquées et fixées sur une plaque de liège.

L'artère tibiale postérieure et ses racines satellites sont augmentées de volume, mais on ne retrouve aucune trace de plaie artérielle ou veineuse, sur le trajet de l'artère péronière et à peu près au niveau de son tiers moyen, on constate l'existence d'une tumeur qui l'unit intimement à l'une de ces veines satellites et qui n'est autre que la poche anévrysmale, dont les parois sont très adhérentes aux fibres musculaires du soléaire.

Cet anévrysme a le volume d'une petite noix, et, après avoir enlevé les caillots noirâtres, de formation récente, qui le remplissent, on s'aperçoit qu'il existe trois orifices sur les parois du sac :

1° Deux orifices s'ouvrant largement dans le sac, l'un en haut, l'autre en bas, et que l'on reconnaît facilement pour appartenir à l'artère péronière ;

2° Un troisième orifice situé du côté interne et qui fait communiquer l'intérieur du sac avec la veine péronière du même côté.

La grandeur de cet orifice est un peu supérieure à celle d'une aiguille à tricoter ; il est nettement délimité ; il fait communiquer directement l'intérieur du sac anévrysmal avec la veine péronière sans qu'il existe de canal intermédiaire, de sorte qu'il est impossible de séparer l'artère de la veine à ce niveau.

On constate aussi une dilatation notable de l'artère péronière au-dessus de la poche anévrysmale. Enfin, la veine péronière, accolée à la tumeur anévrysmale et communiquant avec elle,

offre un volume beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. L'autre veine péronière paraît variqueuse.

Il résulte de cet examen anatomique que nous nous trouvons en présence d'un *anévrisme variqueux enkysté artériel* de l'artère péronière de la jambe gauche et siégeant environ au tiers moyen.

C — ARTÈRE MALLÉOLAIRE INTERNE

OBSERVATION I. — Anévrysme artério-veineux spontané de la malléolaire interne et de la saphène interne. Amputation. Guérison.

(Johnson, *in* Sam. Cooper, p. 247, Paris, 1841.)

D — ARTÈRE PÉDIEUSE

OBSERVATION I. — Anévrysme artério-veineux du cou-de-pied. Ligature de la tibiale antérieure trois jours après l'accident. Guérison.

(Rohde, *Leitsch. f. die gesammt Med.* Hambourg, 1844.)

CHAPITRE IX

CONCLUSIONS

1° Les anévrysmes artério-veineux du membre inférieur sont presque aussi fréquents que ceux du membre supérieur ;

2° Presque toujours ce sont des anévrysmes traumatiques ;

3° Ils siègent le plus souvent sur la fémorale et sur la poplitée, rarement sur la tibiale postérieure et la pédieuse ; exceptionnellement sur la péronière. On n'en connaît pas un seul cas authentique sur la tibiale antérieure.

4° La symptomatologie et le diagnostic présentent quelques particularités dues au siège même de la lésion : exagération des troubles circulatoires et trophiques ; difficultés du diagnostic, surtout à la jambe ;

5° Le pronostic est plus grave au membre inférieur qu'au membre supérieur : l'anévrysme artério-veineux,

même le plus bénin, y constitue toujours une véritable infirmité ;

6° Le traitement est ici le même que pour les autres anévrysmes artério-veineux externes.

a) Si, comme dans le cas du malade entré dans le service de M. le professeur Poncet, les accidents paraissent insignifiants, si le malade ne se plaint pas, en un mot s'il y a bénignité, se garder d'agir chirurgicalement : employer un cuissard, un caleçon élastique, mais avec recommandation expresse au malade de ne pas se fatiguer, d'éviter les mouvements brusques et violents.

b) Si les accidents paraissent vouloir s'aggraver, s'il survient de l'œdème, de la gêne dans la marche, alors il faut agir et choisir toujours l'extirpation du sac avec double ligature, se rappelant que les autres procédés, s'ils peuvent parfois donner des succès, sont le plus souvent infidèles.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de Thèse,

PONCET

Le Doyen,

LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 juin 1892.

Le Recteur,

EM. CHARLES.

